

Le TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

NEIL A. RECTOR, PH.D.

CHRISTINA BARTHA, MSW

KATE KITCHEN, MSW

D^R MARTIN KATZMAN

D^{RE} MARGARET RICHTER



camh

Centre for Addiction and Mental Health
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Le TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

**GUIDE À L'INTENTION
DES PERSONNES
AYANT UN TROUBLE
OBSESSIONNEL-COMPULSIF
ET DE LEUR FAMILLE**

**NEIL A. RECTOR, PH.D.
CHRISTINA BARTHA, MSW
KATE KITCHEN, MSW
D^R MARTIN KATZMAN
D^{RE} MARGARET RICHTER**



**UN CENTRE COLLABORATEUR
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ET DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

**Le trouble obsessionnel-compulsif :
Guide à l'intention des personnes ayant un trouble
obsessionnel-compulsif et de leur famille**

ISBN 0-88868-390-1

Code de produit : PM020

Imprimé au Canada
Copyright © 2001 Centre de toxicomanie et de santé mentale

Cet ouvrage ne peut être reproduit ou transmis, en partie ou en totalité, et sous quelque forme que ce soit, par voie électronique ou mécanique, y compris par photocopie ou enregistrement, ou par voie de stockage d'information ou de système de récupération, sans la permission écrite de l'éditeur – sauf pour une brève citation (d'un maximum de 200 mots) dans une revue spécialisée ou un ouvrage professionnel.

Pour tout renseignement sur d'autres ressources du Centre de toxicomanie et de santé mentale ou pour passer une commande, veuillez vous adresser au :

Service du marketing et des ventes
Centre de toxicomanie et de santé mentale
33, rue Russell
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Canada

Tél. : 1 800 661-1111 ou 416 595-6059 à Toronto
Courriel : marketing@camh.net

Site Web : www.camh.net

Available in English under the title
*Obsessive-Compulsive Disorder: A Guide for People with
Obsessive-Compulsive Disorder and Their Families*

Remarque : Les termes de genre masculin utilisés pour désigner des personnes englobent à la fois les femmes et les hommes. L'usage du masculin ne vise qu'à alléger le texte.

MSW = Maîtrise, Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1 Qu'est-ce qu'un trouble obsessionnel-compulsif?	2
2 Quelles sont les causes du trouble obsessionnel-compulsif?	9
3 Traitement du trouble obsessionnel-compulsif par la thérapie cognitivo-comportementale	15
4 Traitement du trouble obsessionnel-compulsif par les médicaments	21
5 Rétablissement et prévention de la rechute	30
6 Aide au conjoint et à la famille	36
Ressources	45

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les patients qui ont bien voulu nous parler de leur expérience concernant le trouble obsessionnel-compulsif. Nous remercions également les patients et les membres de leur famille qui, anonymement, ont accepté de relire les ébauches de ce guide.

INTRODUCTION

Ce guide a été rédigé à l'intention des personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif, de leur famille, de leur conjoint, de leurs amis et des personnes susceptibles de s'y intéresser. Ce livret, dans lequel sont abordés de nombreux aspects du trouble obsessionnel-compulsif, fournira des réponses à certaines questions courantes et aidera le lecteur à discuter de cette affection avec des thérapeutes.

1 QU'EST-CE QU'UN TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ?

« Je suis obsédé par la crainte de faire du mal aux autres par un acte involontaire. J'ai peur d'avoir blessé quelqu'un par mes propos malveillants ou inutiles et de rendre cette personne très malheureuse. Ou j'ai peur d'avoir quitté la maison en laissant une cigarette allumée ou un appareil en marche et de causer une explosion qui pourrait détruire ma maison et tout le quartier. Cette crainte me force à tout vérifier plusieurs fois avant de sortir de chez moi puis à rentrer de nouveau pour faire une dernière vérification. »

Le trouble obsessionnel-compulsif est un trouble anxieux grave et débilisant qui afflige environ un adulte sur quarante, ce qui en fait une maladie aussi répandue que la schizophrénie et le trouble bipolaire. Il se place au quatrième rang parmi les troubles psychiatriques les plus fréquents. Le trouble obsessionnel-compulsif existe dans le monde entier et touche aussi bien les hommes que les femmes. En général, le trouble obsessionnel-compulsif se manifeste de manière progressive. Chez les deux tiers environ des personnes touchées par un trouble obsessionnel-compulsif, cette affection a commencé au cours de l'adolescence ou pendant les premières années de l'âge adulte.

Les répercussions du trouble obsessionnel-compulsif sur la qualité de la vie d'un individu sont énormes. Ce trouble peut perturber chaque aspect de la vie d'une personne, notamment sa façon de penser, ses sentiments et son comportement. Les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif peuvent varier de légers à graves et, habituellement, s'intensifient ou s'atténuent au fil du temps. Dans les cas graves, qui concernent peut-être 20 pour 100 tout au plus des personnes diagnostiquées, des obsessions et des compulsions peuvent meubler la journée entière et entraîner une déficience importante.

Souvent les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif vivent ainsi pendant de nombreuses années avant que cette affection ne soit diagnostiquée et traitée. Heureusement, le traitement est maintenant très accessible et peut réussir à alléger de manière tout à fait satisfaisante le fardeau qu'entraîne cette maladie accablante et dévastatrice.

Tout le monde a des ennuis de temps à autre. Il arrive à tous de s'inquiéter d'un problème professionnel, scolaire, financier ou médical ou de s'en faire pour une connaissance ou un membre de la famille. Mais les personnes qui ont un trouble obsessionnel-compulsif

peuvent se laisser gagner par l'inquiétude. Leurs soucis ne sont pas ceux auxquels on s'attend normalement ; ils n'ont rien à voir avec les problèmes de la vie quotidienne.

Lorsqu'une personne est gagnée par l'inquiétude, on parle d'« obsession ». Les obsessions sont des pensées non provoquées ou « intrusives », des besoins ou des images qui reviennent sans cesse à l'esprit. Les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif savent que leurs obsessions sont des inventions irréalistes de leur imagination, dont elles ne peuvent se défaire, devant lesquelles elles sont impuissantes et qu'elles ne parviennent pas à oublier. Elles perçoivent leurs obsessions comme quelque chose d'inacceptable et parfois de répugnant. Souvent, pour soulager leur souffrance et leur anxiété, les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif adoptent des rites.

Beaucoup de gens ont des rites ou des façons de faire particulières. Certains d'entre nous lisons notre journal en nous levant, le matin, ou disposons nos crayons et nos gommes à effacer dans un ordre particulier sur notre bureau. Chez les personnes touchées par un trouble obsessionnel-compulsif, ces rites peuvent devenir des fixations et se poursuivre pendant des heures. Même si la personne sait que ces rites n'ont pas de sens, elle se sent contrainte de les exécuter continuellement. Poussés à cet extrême, les rites deviennent des « compulsions ».

Parmi les compulsions courantes, notons la propreté et les vérifications excessives ou les rites mentaux tels que la prière et le besoin de répéter des mots ou de compter. Ces activités ou ces pensées aident à calmer l'appréhension et l'anxiété associées aux obsessions. Les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif souffrent de leurs pensées obsessionnelles et de leur comportement compulsif. Elles évitent parfois les situations qui risquent de déclencher des symptômes et, sachant que leurs pensées et leurs actions sont irréalistes, elles ont parfois de la difficulté à communiquer leurs préoccupations ou à rechercher de l'aide pour résoudre leurs problèmes.

OBSESSIONS COURANTES

Les craintes qui caractérisent les obsessions suivantes entraînent généralement une anxiété immédiate. Voici un aperçu des obsessions les plus répandues :

CONTAMINATION

- crainte de contamination par la poussière, les microbes ou d'autres maladies (par exemple, par une poignée de main)
- crainte de sa propre salive, de son urine, de ses excréments, de son sperme ou de ses sécrétions vaginales

DOUTES CONSTANTS

- crainte d'avoir accompli ou omis d'accomplir une action qui pourrait être préjudiciable (par exemple, éteindre le four, blesser quelqu'un dans un accident de la circulation ou oublier de fermer une porte à clé)
- peur de commettre une erreur

ORDRE

- peur que les choses ne soient pas « exactement à leur place » et s'affoler lorsque des objets sont déplacés ou touchés
- accent mis sur l'exactitude et l'ordre

OBSESSIONS RELIGIEUSES

- crainte d'avoir des pensées blasphématoires
- préoccupation par des images et des pensées religieuses

AGRESSIVITÉ

- crainte de se blesser (par exemple, en mangeant avec un couteau ou une fourchette, en manipulant des objets pointus ou en marchant à proximité de vitres)
- crainte de faire du tort à quelqu'un (par exemple, provoquer une intoxication alimentaire, faire du mal à un bébé, pousser une personne devant un train ou vexer quelqu'un)
- crainte de laisser échapper des obscénités en public

OBSESSIONS SEXUELLES

- pensées, images ou envies interdites ou non désirées (par exemple, images pornographiques récurrentes)
- pensées évoquant des rapports sexuels avec des enfants ou des parents
- crainte d'être homosexuel

COMPULSIONS

La plupart des gens ayant des obsessions pratiquent des rites excessifs (compulsions). Le fait de céder à ces compulsions ne leur procure aucun plaisir mais peut les aider à atténuer leur anxiété ou leur détresse. Les compulsions peuvent être très rigides et engendrer des démarches complexes. Elles ne sont pas reliées de manière réaliste à ce qu'elles visent à conjurer ; leur caractère démesuré dépasse parfois la raison. Voici une liste partielle de compulsions courantes :

NETTOYAGE/LAVAGE

- se laver les mains trop souvent comme s'il s'agissait d'un rite ; se doucher ; prendre des bains ; se brosser les dents ; faire sa toilette souvent ou suivant une pratique détaillée ; nettoyer des articles ménagers ou d'autres objets
- éviter les situations et les objets que l'on croit « contaminés »

VÉRIFICATIONS

- s'assurer qu'on ne nuit ni à soi, ni à autrui ; s'assurer que rien de terrible ne se produise et qu'aucune erreur ne soit commise

ORDRE/RANGEMENT

- s'assurer que tout est comme il faut ou conforme à une règle spécifique, qu'il s'agisse de draps de lit ou de notes de bureau

ACCUMULATION

- collectionner des articles selon toute vraisemblance inutiles, par exemple du papier, des revues, des serviettes, des bouteilles ou des ordures
- être incapable de se débarrasser de ces articles

« Les choses continuent de rentrer dans mon appartement sans jamais en sortir. Tout est si pêle-mêle que je ne crois même pas savoir ce que j'ai. PERSONNE n'est entré chez moi depuis des années. Je suis persuadé que mes propriétaires me mettraient à la porte s'ils voyaient l'état de mon appartement. Souvent j'ai peur qu'un incendie ne se déclenche. Je n'ose pas allumer de bougies, et pourtant je les adore. J'ai peur de rencontrer quelqu'un qui me plaise car je ne pourrais jamais amener cette personne chez moi et elle serait aussi dégoûtée de moi que je le suis moi-même. »

DIAGNOSTIQUER LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

Beaucoup de gens ont des pensées importunes, des soucis et des habitudes comportementales. Il nous arrive d'entretenir des pensées désagréables, de nous tracasser inutilement pour ceux qui nous sont chers ou de nous ronger les ongles. Cependant, le diagnostic du trouble obsessionnel-compulsif ne peut être exact que si l'on sait faire la distinction entre ces comportements et l'état psychique réel qu'engendre le trouble obsessionnel-compulsif.

Dans le *DSM IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, l'American Psychiatric Association définit comme suit le trouble obsessionnel-compulsif :

Les caractéristiques essentielles du trouble obsessionnel-compulsif sont des obsessions ou des compulsions récurrentes qui sont suffisamment graves pour entraîner une perte de temps (elles prennent plus d'une heure par jour) ou un sentiment marqué de souffrance ou une déficience importante. À un certain stade de l'évolution du trouble, la personne reconnaît que les obsessions ou les compulsions sont excessives ou déraisonnables, mais cela ne s'applique pas nécessairement aux enfants. (DSM-IV, 1996, p. 491)

Les cliniciens savent utiliser les examens psychiatriques et les questionnaires qui permettent de déterminer la gravité des obsessions et des compulsions, ainsi que la mesure dans laquelle ces symptômes font souffrir la personne et perturbent sa vie quotidienne. Avant de poser un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif, les cliniciens s'assurent d'*écarter* ou d'exclure la possibilité que les problèmes correspondent davantage à l'un des autres troubles mentionnés aux paragraphes suivants. Il convient cependant de noter que le trouble obsessionnel-compulsif et bon nombre de ces troubles peuvent coexister.

AUTRES TROUBLES ANXIEUX COURANTS

- Trouble panique (crises de panique) accompagné ou non d'agoraphobie (peur de quitter des lieux sûrs)
- trouble anxieux généralisé (anxiété ou inquiétude excessive pour des préoccupations quotidiennes telles les finances ou la santé)
- phobie sociale (peur de se sentir mal à l'aise ou humilié en société)
- phobie spécifique (peur d'une situation ou de quelque chose de particulier, tel que les araignées ou les hauteurs)
- état de stress post-traumatique (peur et anxiété que la personne revit lors d'un flash-back rappelant un événement traumatisant)
- trouble anxieux dû à une affection générale (un examen médical pourrait écarter cette possibilité)
- trouble anxieux dû à une toxicomanie (anxiété directement reliée aux effets d'une drogue telle la cocaïne)

AUTRES TROUBLES

PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE

La majorité des personnes ayant une personnalité obsessionnelle-compulsive n'ont pas de trouble obsessionnel-compulsif, bien que ces deux troubles soient communément confondus. Les gens qui ont une personnalité obsessionnelle-compulsive ont des traits de caractère qui dénotent un perfectionnisme extrême, une indécision, une préoccupation pour les détails et les règles, ainsi qu'un besoin d'obtenir ce qu'ils veulent de leur famille, de leurs amis et de leurs collègues. Affichant une dévotion exagérée pour leurs activités professionnelles, ils sont souvent considérés comme des bourreaux de travail. Consciencieux à l'excès, ils montrent peu de réaction ou d'affection envers les autres et sont souvent « mesquins ». Bien que la plupart des personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif disent avoir un ou même deux traits laissant supposer une personnalité obsessionnelle-compulsive, pour poser un tel diagnostic, il faut que la personne ait cinq traits qui soient caractéristiques de ce type de personnalité et qu'il y ait des différences nettes et importantes entre les deux diagnostics.

DÉPRESSION

Lorsque les gens sont déprimés, il leur arrive souvent de ruminer les fautes du passé et ce qu'ils considèrent comme des échecs. Contrairement aux personnes touchées par un trouble obsessionnel-compulsif, qui éprouvent un sentiment de détresse et le besoin de neutraliser ou de chasser des pensées ou des images récurrentes, une personne déprimée rumine souvent son état dépressif afin d'en mieux comprendre les causes et les conséquences. Les autres symptômes de la dépression – comme la perte d'intérêt pour ses activités, la fatigue et les changements d'appétit et de poids – sont plus faciles à distinguer de ceux qui caractérisent le trouble obsessionnel-compulsif, bien que souvent ils puissent coexister.

TRICHOTILLOMANIE (MANIE DÉPILATOIRE)

La trichotillomanie est l'habitude de s'arracher les cheveux. Contrairement aux compulsions propres au trouble obsessionnel-compulsif, qui servent à atténuer la détresse associée aux obsessions, les comportements compulsifs caractéristiques de la trichotillomanie ne servent pas à neutraliser des obsessions.

TICS

Les tics sont des vocalisations ou des actes moteurs soudains et brusques. Un peu comme la trichotillomanie, les tics ne sont ni précédés d'obsessions ni destinés à réduire une détresse obsessionnelle.

PSYCHOSES

Il y a une différence importante entre l'obsession (associée au trouble obsessionnel-compulsif) et le délire (associé aux troubles causant une psychose, par exemple la schizophrénie) : contrairement à une personne qui est en proie au délire, la personne qui a des obsessions est généralement consciente de l'irrationalité de ses craintes. Les autres symptômes de la schizophrénie, tels que les hallucinations auditives et visuelles et les difficultés de la parole, ne sont pas fréquents chez les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif.

2 QUELLES SONT LES CAUSES DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ?

« D'aussi loin que je me souviens, ma famille et mes amis m'ont toujours considéré comme un éternel inquiet. C'est à l'âge de 16 ans environ que mes troubles obsessionnels-compulsifs ont débuté. Je venais d'entrer à l'école secondaire et tous les changements que cela comportait me stressaient. Un de mes amis avait eu une intoxication alimentaire et j'ai développé la crainte de m'empoisonner. Je me rappelle encore que ce qui avait commencé comme une toute petite inquiétude a fait boule de neige et est devenu la hantise de ma vie. »

Malgré d'importantes recherches sur les causes possibles du trouble obsessionnel-compulsif, aucune réponse claire n'est ressortie des études dont il a fait l'objet. Comme dans la plupart des cas d'affections psychiatriques, différents facteurs peuvent être en cause. Pour le moment, tout ce qu'on peut dire, c'est que le trouble obsessionnel-compulsif semble provenir d'une combinaison de facteurs psychologiques et biologiques. Nous examinerons diverses théories dans ce chapitre et les traitements appropriés aux chapitres 3 et 4.

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

De nombreuses théories psychologiques ont été avancées pour expliquer le développement du trouble obsessionnel-compulsif. Les plus populaires sont la théorie comportementale et la théorie cognitive.

THÉORIE COMPORTEMENTALE

La théorie comportementale suppose que les personnes touchées par un trouble obsessionnel-compulsif associent certains objets ou certaines situations à la peur et qu'elles apprennent à prévenir les choses qu'elles redoutent ou à adopter des rites qui les aident à dissiper leurs peurs.

Ce cycle de peurs, d'évitements et de rites peut débuter en période de stress affectif intense, par exemple au moment de commencer un nouvel emploi ou lors de la rupture

d'une relation. En pareilles situations, on se laisse plus facilement gagner par la peur et l'anxiété. Souvent les choses auxquelles on ne réagissait pas auparavant commencent à susciter un sentiment de crainte. Par exemple, quelqu'un qui a toujours pu utiliser des toilettes publiques peut, en période de stress, associer le siège des toilettes à la possibilité d'attraper une maladie.

Une fois un lien établi entre un objet et le sentiment de crainte, les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif évitent les choses qu'elles redoutent au lieu de les confronter ou de tolérer la peur qu'elles en ont. Par exemple, une personne qui craint d'attraper une maladie en utilisant des toilettes publiques évitera de le faire. Si elle doit les utiliser, elle suivra des règles d'hygiène ritualisées et élaborées qui l'inciteront par exemple à nettoyer le siège ou la porte des toilettes ou à suivre une méthode systématique de nettoyage. Ces actions réduisant temporairement le niveau de crainte, la personne n'est jamais mise à l'épreuve, elle n'arrive pas à assumer sa peur, et son comportement empire. La peur peut s'étendre à d'autres choses comme par exemple les douches et les lavabos publics.

En thérapie comportementale (examinée en détail au chapitre suivant), les personnes touchées par un trouble obsessionnel-compulsif apprennent à confronter et à réduire leur anxiété sans adopter de comportements d'évitement ou ritualisés. Lorsque les craintes sont confrontées directement, elles finissent par s'estomper.

THÉORIE COGNITIVE

Alors que la théorie comportementale s'intéresse essentiellement à la façon dont les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif associent la peur à un objet, la théorie cognitive s'intéresse à l'habitude qu'ont les personnes touchées par un trouble obsessionnel-compulsif de mal interpréter leurs pensées.

La plupart des gens ont des pensées intrusives ou importunes, semblables à celles que mentionnent les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif. Par exemple, les parents qui éprouvent du stress en s'occupant d'un nourrisson peuvent avoir une pensée intrusive, où ils s'imaginent faire du mal à l'enfant. La plupart des gens réussiraient à rejeter une telle pensée. Cependant les personnes prédisposées aux troubles obsessionnels-compulsifs pourraient exagérer l'importance de cette pensée et réagir comme si elle constituait une menace réelle. « Je dois être un danger pour les enfants si je leur fais du mal en pensée », se disent-elles. Cela peut causer un niveau élevé d'anxiété et d'autres sentiments négatifs tels que la honte, la culpabilité et le dégoût.

Les personnes qui finissent par redouter leurs propres pensées tentent généralement de neutraliser les sentiments qui en découlent. Elles le font parfois en évitant les situations qui risquent de déclencher de telles pensées, parfois en observant des rites consistant à se laver ou à prier.

La théorie cognitive suppose que tant que les gens interprètent leurs pensées intrusives comme des pensées « catastrophiques » et qu'ils persistent à croire qu'il y a du vrai dans ces pensées, ils continueront à souffrir et à adopter des comportements d'évitement ou ritualisés.

Selon la théorie cognitive, les gens qui associent un danger exagéré à leurs pensées le font à cause de croyances erronées, acquises au cours de leur vie. Les chercheurs pensent que les croyances suivantes peuvent contribuer de près au développement et à l'entretien d'obsessions :

- un sens exagéré des responsabilités ou la conviction qu'on doit prévenir le malheur des autres ou les préjudices qu'ils peuvent subir
- la conviction que certaines pensées sont très importantes et devraient être maîtrisées
- la conviction qu'en quelque sorte le fait d'imaginer une chose ou d'éprouver le besoin de la faire augmentera le risque qu'elle se réalise
- la tendance à surestimer un danger
- la conviction qu'il faut toujours être parfait et que les erreurs sont inacceptables

« La première fois que j'ai eu un trouble obsessionnel-compulsif, j'ai cru que je perdais la tête. Alors que je n'avais jamais eu ce genre d'idées auparavant, voilà qu'elles m'envahissaient complètement. Je savais que ce que je ressentais était déraisonnable mais j'éprouvais tout de même ce sentiment terrifiant : 'et si ceci ?', 'et si cela ?'. Et s'il y avait la moindre chance que ces choses arrivent ? Même si je savais qu'il n'y avait qu'une chance sur 1000, je demeurais possédé par la crainte que quelque chose de catastrophique pourrait m'arriver ou arriver à quelqu'un d'autre. »

En thérapie cognitive (qui fait l'objet d'une étude détaillée au chapitre suivant), les gens désapprennent leurs croyances erronées et changent leur manière de penser. Ce faisant, ils arrivent à éliminer la souffrance associée à de telles pensées et à cesser leurs comportements compulsifs.

FACTEURS BIOLOGIQUES

RÉGULATION DE LA CHIMIE DU CERVEAU

Les recherches sur les causes et les effets biologiques du trouble obsessionnel-compulsif ont révélé un lien entre ce trouble et des concentrations insuffisantes de sérotonine, substance chimique présente dans le cerveau. La sérotonine est l'un des messagers chimiques du cerveau qui transmettent des signaux entre les cellules cérébrales. Elle joue un rôle dans la régulation de l'humeur, de l'agression, des impulsions, du sommeil, de l'appétit, de la température du corps et de la douleur. Ainsi, tous les médicaments utilisés dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif augmentent les concentrations de sérotonine nécessaires à la transmission des messages.

CHANGEMENTS DANS L'ACTIVITÉ CÉRÉBRALE

Les techniques modernes d'imagerie cérébrale ont permis aux chercheurs d'étudier l'activité de régions précises du cerveau. Ces études ont montré que les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif avaient une activité supérieure à la normale dans trois régions du cerveau que voici :

Le noyau caudé, constitué de cellules cérébrales spécifiques dans les noyaux gris centraux et situé au fond du centre du cerveau

Cette partie du cerveau sert de filtre aux pensées qui viennent d'autres régions. Le noyau caudé joue également un rôle important dans la gestion des comportements récidivistes et répétitifs.

Lorsque le traitement du trouble obsessionnel-compulsif au moyen de médicaments ou d'une thérapie réussit, l'activité de cette région du cerveau diminue généralement. Cela montre que les médicaments et un changement dans la façon de penser peuvent modifier le fonctionnement physique du cerveau.

Le cortex orbito-préfrontal, situé dans la région antérieure du cerveau

Le niveau d'activité du cortex orbito-préfrontal aurait une incidence sur le comportement social. Il existe un lien entre une activité réduite ou une lésion de cette région et le senti-

ment de désinhibition, la tendance à porter de mauvais jugements et le manque de sentiment de culpabilité. Une activité plus intense de cette partie du cerveau peut donc causer une plus grande inquiétude pour des préoccupations sociales, par exemple : être méticuleux, soigné et préoccupé par la propreté et avoir peur d'agir de manière inappropriée. Toutes ces préoccupations sont des symptômes d'un trouble obsessionnel-compulsif.

La circonvolution du corps calleux, au centre du cerveau

C'est de la circonvolution du corps calleux que proviendrait la réponse affective aux pensées obsessionnelles. Cette région du cerveau nous dit de céder à des compulsions pour apaiser notre anxiété. Elle est reliée de près au cortex orbito-préfrontal et aux noyaux gris centraux par divers parcours des cellules cérébrales.

Les noyaux gris centraux, le cortex orbito-préfrontal et la circonvolution du corps calleux ont tous de nombreuses cellules cérébrales affectées par la sérotonine. D'après les chercheurs, les médicaments qui accroissent le niveau de sérotonine pour la transmission des messages peuvent modifier le degré d'activité de ces régions du cerveau.

RÔLE DU STREPTOCOQUE DANS LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

Certains chercheurs estiment que les cas où des enfants développent soudainement un trouble obsessionnel-compulsif ou la maladie de Gilles de la Tourette peuvent être liés à une infection récente par un streptocoque, bactérie causant l'angine streptococcique commune. Dans ces cas là, pour combattre l'infection, l'organisme forme parfois des anticorps qui peuvent réagir par erreur aux noyaux gris centraux, région du cerveau jouant un rôle dans le trouble obsessionnel-compulsif.

Cependant, rien ne prouve que le streptocoque joue un rôle dans l'apparition de troubles obsessionnels-compulsifs chez les adultes. Et dans la plupart des cas touchant des enfants, les symptômes se manifestent graduellement, et non soudainement comme précisé plus haut. Donc, pour le moment, le lien entre l'infection streptococcique et le trouble obsessionnel-compulsif n'est pas confirmé. Des recherches plus approfondies sur ce lien éventuel pourraient permettre de mieux comprendre les causes des troubles obsessionnels-compulsifs.

FACTEURS GÉNÉTIQUES

On a souvent l'impression que le trouble obsessionnel-compulsif est « de famille ». En effet, près de la moitié de tous les cas révèlent une tendance génétique. Les études de recherche montrent que frères et sœurs, parents et enfants d'une personne ayant un trouble obsessionnel-compulsif courent un risque plus élevé de développer eux-mêmes un trouble obsessionnel-compulsif que les personnes qui n'ont pas d'antécédents familiaux de cette affection.

On se demandera peut-être si le trouble obsessionnel-compulsif peut s'« enseigner » d'un membre de la famille à un autre. Mais si tel est le cas, pourquoi les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif varient-ils souvent entre les membres d'une même famille ?

Les scientifiques à la recherche des gènes éventuellement liés au trouble obsessionnel-compulsif n'ont pas réussi à les trouver. Cela dit, on pense tout de même que certains gènes pourraient contribuer à la régulation de la sérotonine et se transmettre de génération en génération. Une étude menée auprès de vrais jumeaux a révélé que si un jumeau développait un trouble obsessionnel-compulsif, l'autre était susceptible de le développer à son tour, ce qui laisse supposer que la tendance à développer des obsessions et des compulsions pourrait être génétique. D'autres études ont démontré une relation entre le trouble obsessionnel-compulsif et la maladie de Gilles de la Tourette. Les familles des personnes atteintes de la maladie de Gilles de la Tourette semblent également avoir des taux élevés de troubles obsessionnels-compulsifs, d'où un lien génétique possible entre ces deux affections.

3 TRAITEMENT DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF PAR LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Les traitements modernes ont radicalement changé la perception du trouble obsessionnel-compulsif. Autrefois vu comme une maladie chronique non traitable, le trouble obsessionnel-compulsif n'est plus sans espoir. La thérapie cognitive et comportementale et les antidépresseurs sont maintenant utilisés dans le traitement de cette affection. Ni l'un ni l'autre ne constitue en soi une cure véritable pour le trouble obsessionnel-compulsif, mais ils permettent de maîtriser les symptômes et de recommencer à fonctionner normalement.

De préférence, le traitement du trouble obsessionnel-compulsif réunira simultanément la thérapie cognitive-comportementale et la pharmacothérapie (traitement par les médicaments). Il est important que les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif reçoivent un traitement élaboré précisément pour ce trouble et dispensé par un thérapeute qualifié. Certaines formes de psychothérapie traditionnelle ne parviennent pas à apaiser les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif.

De nombreuses personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif bénéficient de séances de counseling de soutien en plus des traitements destinés à atténuer leurs symptômes. Elles peuvent consulter un thérapeute individuellement ou permettre à leur conjoint ou à leur famille de participer aux séances. La thérapie de groupe (à laquelle prennent part des personnes ayant des préoccupations du même genre) peut également aider. Le chapitre 5 contient de plus amples renseignements sur le counseling de soutien.

LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

La thérapie cognitive-comportementale fait référence à deux traitements distincts : l'exposition avec prévention de la réponse et la thérapie cognitive. Bien que, de plus en plus, ces traitements soient offerts conjointement, nous discuterons de chacun séparément.

EXPOSITION ET PRÉVENTION DE LA RÉPONSE

La thérapie comportementale la plus répandue dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif est l'exposition avec prévention de la réponse.

L'aspect « exposition » de ce traitement consiste dans l'exposition contrôlée – directe ou imaginée – à des objets ou à des situations qui déclenchent des obsessions génératrices d'anxiété. Avec le temps, l'exposition à des indicateurs obsédants permet de ressentir de moins en moins d'anxiété. On appelle « désensibilisation » ce processus de développement d'une « habitude » aux indicateurs obsédants.

Par « prévention de la réponse », on entend « prévention des comportements ritualisés que les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif adoptent pour réduire leur anxiété ». Grâce à ce traitement, les patients apprennent à résister à la compulsion d'exécuter des rituels et à renoncer enfin à ces comportements.

COMMENT L'EXPOSITION AVEC PRÉVENTION DE LA RÉPONSE FONCTIONNE-T-ELLE ?

Avant d'entreprendre un traitement par exposition avec prévention de la réponse, les patients dressent une liste, ou ce qu'on appelle une « hiérarchie » des situations provoquant des peurs obsédantes. Par exemple, une personne qui a des craintes de contamination pourrait dresser une liste d'indicateurs obsédants de ce genre :

- 1) toucher des ordures
- 2) utiliser les toilettes
- 3) serrer la main de quelqu'un

Le traitement commence par l'exposition à des situations qui causent une anxiété légère ou modérée et, au fur et à mesure que le patient s'habitue à ces situations, il passe graduellement à des situations causant une plus grande anxiété. Le temps qu'il faut pour progresser dans le traitement dépend de la tolérance du patient à l'anxiété et de sa résistance aux comportements compulsifs.

En règle générale, les exercices d'exposition se font d'abord avec l'aide d'un thérapeute. Ils durent généralement de 45 minutes à trois heures. De plus, le patient doit répéter les exercices d'exposition pendant deux à trois heures par jour entre les séances.

Dans certains cas, l'exposition directe ou réelle aux peurs obsédantes n'est pas possible dans le bureau du thérapeute. Par exemple, dans le cas d'un patient traité pour l'obsession

de causer un accident de voiture, le thérapeute devrait pratiquer ce qu'on appelle la confrontation imaginaire. Cette technique permet d'exposer la personne, par l'imagination de différentes scènes, à des situations qui éveillent en lui des obsessions.

Le principal objectif visé au cours de la confrontation réelle et de la confrontation imaginaire est d'amener la personne à rester en contact avec le facteur déclenchant l'obsession sans qu'elle n'accomplisse de rituels. Par exemple, si cette personne qui redoute la contamination réagit à l'anxiété par des rituels tels que le lavage des mains ou le nettoyage, on lui demanderait, après un exercice d'exposition, de résister de plus en plus à ces activités – d'abord pendant des heures, puis pendant des jours. La thérapie se poursuit ainsi jusqu'à ce que le patient soit capable de s'abstenir de toute activité ritualisée.

Pour noter le progrès réalisé grâce aux exercices d'exposition avec le thérapeute et aux devoirs à la maison, les patients apprennent à évaluer eux-mêmes leur niveau d'anxiété. Dès qu'ils commencent à progresser, on les encourage à poursuivre les techniques d'exposition avec prévention de la réponse qu'ils ont apprises et à les appliquer aux nouvelles situations qui se présentent. Normalement, un traitement par l'exposition avec prévention de la réponse dure de 14 à 16 semaines.

SÉANCES AUTOGÉRÉES D'EXPOSITION AVEC PRÉVENTION DE LA RÉPONSE

Pour les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif léger, les séances autogérées d'exposition avec prévention de la réponse peuvent être tout aussi efficaces que de consulter un thérapeute. Trois excellents manuels présentent, étape par étape, les stratégies autogérées d'exposition avec prévention de la réponse :

Baer, L. *Getting Control*. Lexington, Massachusetts, Little, Brown & Company, 1991 ;
Foa, E.B., et R. Wilson. *Stop Obsessing!* New York, Bantam, 1991 ;
Steketee, G., et K. White. *When Once Is Not Enough*. Oakland, Californie, New Harbinger Press, 1990.

QUELLE EST L'EFFICACITÉ DE L'EXPOSITION AVEC PRÉVENTION DE LA RÉPONSE ?

Même les patients éprouvant depuis longtemps les symptômes graves d'un trouble obsessionnel-compulsif peuvent bénéficier de traitements par exposition avec prévention de la réponse. Le succès dépend de divers facteurs et exige que le patient ait la volonté de se rétablir.

Des études faisant ressortir les bienfaits de l'exposition avec prévention de la réponse ont révélé que plus de 75 pour 100 des patients constataient une régression de leurs symptômes de trouble obsessionnel-compulsif pendant le traitement et que la majorité montraient une amélioration à long terme, deux ou trois ans après le traitement.

Les patients qui bénéficient le moins de l'exposition avec prévention de la réponse sont, entre autres, ceux qui ne montrent pas leurs compulsions ouvertement et ceux qui souffrent de dépression modérée ou grave.

THÉRAPIE COGNITIVE

Comme nous l'avons déjà mentionné, les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif deviennent souvent anxieuses à l'égard de leurs pensées (ou obsessions) lorsqu'elles interprètent ces pensées comme étant dangereuses et susceptibles de se concrétiser. La pensée de quitter la maison avec le four allumé, par exemple, peut provoquer une anxiété débilante qui force la personne à retourner chez elle en courant pour procéder à de nombreuses vérifications.

COMMENT FONCTIONNE LA THÉRAPIE COGNITIVE ?

Dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif, la thérapie cognitive accompagne la plupart du temps l'exposition avec prévention de la réponse. Les patients créent une hiérarchie des situations qui causent leur détresse et, lorsqu'ils participent à des exercices d'exposition, on leur demande d'être particulièrement attentifs aux pensées et aux sentiments que ces situations déclenchent.

La thérapie cognitive s'intéresse essentiellement à la façon dont les participants interprètent leurs obsessions : ce qu'ils croient ou estiment vrai à leur sujet, l'attitude qu'ils ont envers eux-mêmes et la raison pour laquelle ils pensent avoir des obsessions. Par exemple, la personne qui a peur de serrer la main de quelqu'un d'autre pense peut-être qu'elle attrapera des microbes qui risquent de la rendre malade. Cette interprétation de sa crainte peut être remise en question et réinterprétée afin que cette personne ne perçoive plus les poignées de mains comme des gestes risqués. Cette technique prend du temps avant de produire des résultats mais elle peut procurer un soulagement efficace.

La thérapie cognitive aide également les participants à définir et à réévaluer leur perception des conséquences que peut entraîner l'adoption d'un comportement compulsif ou son élimination et à s'efforcer de se débarrasser de ce comportement. Par exemple, une

personne qui se lave les mains de manière compulsive pendant 30 minutes à chaque fois peut croire qu'elle agit ainsi pour se protéger d'une infection. Lorsque cette perception est remise en question et reconnue comme fausse croyance, la personne peut commencer à mieux maîtriser son comportement.

Un *journal* des pensées est l'un des outils utilisés en thérapie cognitive pour aider les gens à définir, à remettre en question et à corriger des interprétations négatives de pensées intrusives. Dans leur journal, les participants notent leurs obsessions et les interprétations qu'ils y associent. La première étape, pour le participant, consiste à inscrire une note dans son journal chaque fois qu'il a une pensée, une image ou une idée intrusive. Les détails importants à noter comprennent :

- 1) Où étais-je lorsque l'obsession a commencé ?
- 2) Quelle pensée/image/idée intrusive ai-je eue ?
- 3) Quelle signification ai-je donnée à cette pensée/image/idée intrusive ?
- 4) Comment ai-je réagi ?

Exemple de journal

Situation : Assis chez moi devant la télévision

Pensée intrusive : « Dieu se fiche de moi. »

Évaluation de la pensée intrusive :

- 1) Je suis une mauvaise personne parce que j'ai des pensées blasphématoires.
- 2) Dieu va punir ma famille et me punira aussi.
- 3) Si je ne peux m'empêcher d'avoir ces idées, c'est probablement que je perds la tête.

Rituel : Prières. Expiation de l'erreur commise.

Une fois que les participants ont appris à définir leurs pensées intrusives et le sens qu'ils leur donnent, les prochaines étapes consistent à :

- examiner les *faits* qui confirment l'obsession et ceux qui ne la confirment pas ;
- reconnaître les distorsions cognitives dans leur évaluation de leur obsession ;
- commencer à développer une autre réaction moins menaçante à la pensée, à l'image ou à l'idée intrusive.

Ces comportements sont définis au cours des séances avec le thérapeute et pendant les exercices de confrontation pratique ; puis, entre les séances, la personne continue à noter l'information pertinente dans son journal.

QUELLE EST L'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE COGNITIVE ?

Seules quelques études ont été faites pour vérifier l'efficacité de la thérapie cognitive dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif, mais elles ont tout de même révélé que cette thérapie produisait de bons résultats.

Bien que la thérapie comportementale et la thérapie cognitive puissent être utilisées individuellement, de nombreux thérapeutes combinent les deux. Les patients peuvent bénéficier à la fois des exercices d'exposition et des exercices de restructuration. De plus en plus, la thérapie comportementale et la thérapie cognitive sont offertes dans le cadre de séances de groupe en raison des bienfaits que procurent les rencontres et le travail avec des personnes éprouvant les mêmes difficultés.

« La thérapie de groupe m'a été extrêmement bénéfique, car elle m'a permis de mieux comprendre mon trouble obsessionnel-compulsif et mes thérapeutes m'ont fourni de nombreux outils utiles qui m'ont aidé à vivre avec ce problème. Même si les devoirs hebdomadaires ont été particulièrement ardues pour moi, habitué à faire des listes et des vérifications interminables, j'ai pu m'exercer à volonté à apaiser l'anxiété que ce trouble me causait. Le contact avec d'autres personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif m'a permis de partager ce qu'elles ressentaient et de me concentrer sur l'extérieur. Leur compréhension et leur soutien ont fait de ma lutte une démarche beaucoup moins solitaire et désespérée. »

Grâce aux stratégies apprises en groupe, je sais maintenant que je peux maîtriser mon trouble obsessionnel-compulsif. Au début, il m'a été très difficile de confronter mes craintes, mais mes efforts ont été largement récompensés lorsque mes symptômes se sont atténués. Le fait d'affronter les difficultés que me causait mon trouble obsessionnel-compulsif avec les autres membres du groupe m'a donné l'impression que je n'étais pas du tout seul dans cette lutte et que ma situation n'avait rien d'exceptionnel. Le fait d'écouter les problèmes et les réussites des autres membres du groupe m'a motivé à me poser plus de défis et à continuer de me libérer de l'emprise que le trouble obsessionnel-compulsif avait sur ma vie. »

4 TRAITEMENT DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF PAR LES MÉDICAMENTS

Sans traitement, le trouble obsessionnel-compulsif peut être une maladie chronique incapacitante. Outre la thérapie cognitivo-comportementale, la pharmacothérapie (traitement par les médicaments) peut aider à réduire les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif.

Comme précisé dans la partie intitulée « Régulation de la chimie du cerveau » (page 12), des recherches ont montré qu'un grand nombre de personnes touchées par un trouble obsessionnel-compulsif bénéficiaient de l'usage des médicaments qui augmentent les concentrations de sérotonine, substance responsable de la transmission des messages dans le cerveau.

Les principaux médicaments qui produisent cet effet sont connus sous le nom d'inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (IRS). Ces médicaments sont ceux qui sont prescrits le plus couramment dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif et sont également utilisés pour traiter la dépression. Les IRS appartiennent à la catégorie des antidépresseurs.

La plupart des médecins qui traitent le trouble obsessionnel-compulsif au moyen de médicaments prescriront un IRS. Ce médicament aide à réduire les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif chez environ 70 pour 100 des personnes qui l'utilisent. Pour celles qui n'en retirent pas les bienfaits recherchés, d'autres traitements médicamenteux peuvent procurer un soulagement. D'autres médicaments peuvent aussi être prescrits pour soulager des symptômes particuliers et utilisés en même temps que les IRS. Voici un aperçu de l'éventail de traitements médicamenteux possibles, ainsi qu'un examen des effets secondaires et d'autres questions d'intérêt.

INHIBITEURS DU RECAPTAGE DE LA SÉROTONINE

Il existe deux types d'IRS. Les plus récents sont les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS), qui agissent en premier lieu sur les neurotransmetteurs sérotoninergiques. Les ISRS actuellement disponibles au Canada sont la fluoxétine (Prozac), la fluvoxamine (Luvox), la sertraline (Zoloft), la paroxétine (Paxil) et le citalopram (Celexa).

Le citalopram est le plus récent de tous et aucune recherche n'a encore prouvé son efficacité. Ces médicaments semblent tous avoir la même efficacité, bien que certains puissent produire de très bons résultats chez un individu et aucun résultat chez un autre.

La clomipramine (Anafranil), premier IRS à avoir été mis au point, est celui qui a été étudié le plus en profondeur. Les recherches effectuées jusqu'à présent révèlent que la clomipramine peut être légèrement plus efficace que les ISRS, environ 80 pour 100 des usagers notant une réduction des symptômes du trouble obsessionnel-compulsif.

Cependant, on sait que la clomipramine comporte un ensemble d'effets secondaires plus complexe que les nouveaux IRS. C'est pourquoi la plupart des médecins conseillent aux personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif d'essayer l'un des nouveaux ISRS pour commencer. Bien que tous les IRS soient efficaces, les nouveaux ISRS ont des effets secondaires moins prononcés.

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT AUX IRS ?

Pour optimiser les résultats, les IRS devraient être pris régulièrement, en général une fois par jour. La plupart des médecins recommandent de commencer par une faible dose, quitte à l'augmenter lentement si le patient tolère bien le médicament. Les personnes qui prennent des IRS peuvent éprouver des effets secondaires ; la dose idéale devrait procurer le plus grand bien-être et le moins d'effets secondaires possible.

Lorsqu'il entreprend un traitement aux IRS, le patient devrait continuer pendant trois mois au moins. Ainsi, il peut régler le dosage correctement et les bienfaits du médicament ont le temps de se faire sentir. Lorsque ces médicaments agissent bien, leurs effets sont graduels. Habituellement, plusieurs semaines s'écoulent avant qu'on ne remarque le moindre changement dans les symptômes. Puis, petit à petit, les obsessions et les compulsions deviennent moins intenses. Il est important de comprendre que, bien que ces médicaments puissent être très utiles à certaines personnes, il est rare qu'ils procurent un soulagement de tous les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif.

Si un IRS particulier n'a aucune action bienfaisante après une période d'essai de trois mois, les médecins recommandent souvent d'en essayer un autre. Certaines personnes réagissent bien à un médicament mais pas du tout à un autre. Une personne qui ne bénéficierait pas du premier médicament pourrait choisir en second lieu la clomipramine.

Il n'est pas rare de devoir essayer deux ou trois IRS avant de trouver celui qui donne les meilleurs résultats. Les gens essaient généralement trois médicaments ou plus dans la catégorie des IRS avant d'envisager une autre solution.

Vous devriez consulter votre médecin pour savoir si vous pouvez prendre des IRS pendant une grossesse ou l'allaitement. Dans certains cas, le bienfait du médicament est nettement plus important que les risques qu'il comporte.

PENDANT COMBIEN DE TEMPS DEVRAIS-JE PRENDRE UN IRS ?

Après avoir trouvé l'IRS qui convient, les médecins conseillent généralement au patient de prendre le médicament pendant six à douze mois au moins. Dans certains cas, il vaut mieux prendre le médicament longtemps, car son interruption pourrait engendrer un risque élevé de rechute. Même pris pendant des périodes prolongées, ces médicaments sont sans danger et ne créent aucune dépendance.

Si la personne commence à se sentir mieux et arrête de prendre le médicament trop tôt ou trop brusquement, le risque de rechute s'accroît. La décision d'interrompre l'utilisation du médicament ne devrait être prise que sur le conseil d'un médecin. Les directives suivantes peuvent aider à réduire le risque de rechute après l'interruption d'un médicament :

- Réduire la dose graduellement en étalant cette réduction sur une certaine période de temps, éventuellement plusieurs mois.
- Obtenir un suivi régulier d'un professionnel de la santé pour aider à surveiller la gravité des symptômes du trouble obsessionnel-compulsif.
- Combiner la thérapie cognitivo-comportementale et les médicaments et utiliser les techniques apprises pour maîtriser les symptômes qui peuvent se manifester après l'interruption de la prise de médicaments.

EFFETS SECONDAIRES DES IRS

Les personnes qui prennent des IRS peuvent ressentir des effets secondaires. Dans certains cas, ces effets sont légers et acceptés volontiers en échange des bienfaits que procure le médicament. Dans d'autres cas, les effets secondaires peuvent être plus gênants. Les gens subissent souvent les effets secondaires des IRS avant d'en éprouver les bienfaits.

En général, les effets secondaires des IRS diminuent avec le temps, ce qui permet aux patients de développer à la longue une assez bonne tolérance à ces médicaments. Certains effets secondaires peuvent être atténués en réglant la dose ou en la prenant à un moment différent de la journée. Les effets secondaires des IRS sont sans conséquences permanentes et disparaîtront complètement lorsque le patient cessera de prendre ses médicaments. Lorsque vous prenez des IRS ou tout autre médicament, il est important de discuter avec votre médecin des effets secondaires qui vous dérangent.

On trouve généralement les effets secondaires des nouveaux IRS plus faciles à maîtriser que ceux de la clomipramine, mise au point il y a plus longtemps. Bon nombre des effets secondaires courants des nouveaux médicaments sont les mêmes que ceux des médicaments moins récents, par exemple : sécheresse de la bouche, transpiration, constipation, vertiges, tremblements et effets secondaires sexuels tels qu'une baisse de la libido, une lenteur de l'orgasme ou une incapacité de l'atteindre. La prise de poids est considérée comme un problème plus important chez les patients qui prennent de la clomipramine, bien qu'elle accompagne parfois une utilisation prolongée d'ISRS.

Parmi les autres effets secondaires courants des ISRS, notons la nausée, l'insomnie et les maux de tête.

La clomipramine peut également causer des vertiges accompagnés de changements soudains de posture et une vision trouble. Les effets secondaires, comme les épisodes maniaques et les convulsions, sont possibles mais rares. Les personnes qui ont des antécédents révélant des troubles cardiaques particuliers devraient utiliser la clomipramine avec prudence, car ce médicament agit sur la transmission des pulsions électriques vers le cœur.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES DES IRS

Avant de prendre des IRS, il est toujours bon de vérifier auprès de votre médecin ou de votre pharmacien l'interaction qu'ils pourraient avoir avec les autres médicaments sur ordonnance ou en vente libre que vous prenez déjà.

En règle générale, les IRS sont des médicaments sans danger. Cependant, *pris en même temps que les antihistaminiques terfénadine (Seldane) et astémizole (Hismanal), ils peuvent être dangereux.* Avec d'autres types d'antihistaminiques, il n'y a pas de danger. On sait également que les IRS réduisent l'efficacité de certains médicaments couramment prescrits.

Si vous prenez des IRS, il est préférable de ne pas boire d'alcool, car ses effets sur votre comportement, intensifiés par les IRS, deviendraient plus difficiles à maîtriser. De plus, l'alcool peut diminuer l'efficacité des IRS.

AUTRES MÉDICAMENTS

Pour les personnes qui essaient plusieurs IRS sans obtenir de résultats, d'autres médicaments peuvent aider. Dans certains cas, d'autres types d'antidépresseurs sont plus efficaces. Dans d'autres cas, l'IRS est accompagné d'un second médicament.

AUTRES ANTIDÉPRESSEURS

Ces médicaments agissent aussi sur la sérotonine, messenger chimique du cerveau, mais pas de la même façon que les IRS.

MÉDICAMENTS MOINS RÉCENTS

(INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE)

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) sont des antidépresseurs efficaces, connus pour leur action bienfaitrice limitée dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif. Les deux IMAO disponibles sur le marché sont la phénelzine (Nardil) et la tranylcipramine (Parnate). Comparées aux IRS, toutes deux sont moins efficaces dans le traitement de l'obsession et ont des effets secondaires plus complexes. Les IMAO ne sont utilisés pour traiter le trouble obsessionnel-compulsif que si les IRS ne donnent pas de résultats satisfaisants.

MÉDICAMENTS PLUS RÉCENTS

Les antidépresseurs venlafaxine (Effexor) et néfazodone (Serzone) sont parfois prescrits dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif. Les preuves de leur efficacité ne sont pas concluantes.

MÉDICAMENTS SECONDAIRES

Dans certains cas, un second médicament pris avec un IRS peut s'avérer très utile dans le traitement des symptômes du trouble obsessionnel-compulsif. L'accompagnement d'un médicament primaire par un second médicament est appelé « augmentation ».

MÉDICAMENTS POUR APAISER L'ANXIÉTÉ

BENZODIAZÉPINES

Ces médicaments, à l'action apaisante, peuvent aider à réduire l'anxiété et favoriser le sommeil. Toutefois, on ne sait pas très bien s'ils réduisent l'intensité des obsessions ou des compulsions. Les gens qui essaient de soulager leurs symptômes grâce à la thérapie cognitive-comportementale devraient s'abstenir de prendre des benzodiazépines, car elles agissent sur la mémoire à court terme et l'apprentissage.

Bien que ces médicaments puissent aider à réduire l'anxiété, ils devraient être utilisés avec prudence. Lorsque vous commencez à prendre un de ces médicaments, évitez de conduire ou de faire fonctionner de la machinerie tant que vous ne vous serez pas habitué à l'effet du médicament. La consommation d'alcool pendant un traitement aux benzodiazépines est à éviter, la combinaison des deux étant dangereuse. L'usage prolongé de benzodiazépines peut entraîner une accoutumance. Ainsi, le sevrage de personnes habituées à ces médicaments devrait se faire sous surveillance médicale.

Le clonazépam (Rivotril), qui peut jouer un rôle dans la régulation des concentrations de sérotonine, est un bon choix pour les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif. Parmi les autres médicaments de remplacement prescrits communément, notons le lorazépam (Ativan), l'alprazolam (Xanax), le diazépam (Valium), l'oxazépam (Serax) et le témazépam (Restoril).

BUSPIRONE

La buspirone (Buspar) allège les symptômes de l'anxiété mais on ne sait pas encore très bien dans quelle mesure elle apaise les obsessions et les compulsions. Pour le moment, il semble que la buspirone puisse aider une minorité de personnes touchées par un trouble obsessionnel-compulsif.

ANTIPSYCHOTIQUES

Pris en même temps qu'un IRS, certains antipsychotiques, tels l'halopéridol (Haldol) et la pimozide (Orap), peuvent réduire modestement les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif. Ces médicaments sont particulièrement utiles pour soulager les symptômes des personnes qui ont un tic ou la maladie de Gilles de la Tourette.

Malheureusement, ils ne sont pas sans risque. Les gens qui prennent un antipsychotique pendant des mois ou des années peuvent développer des mouvements involontaires. Cette affection est appelée « dyskinésie tardive ». Pour chaque année d'utilisation d'un antipsychotique, le risque de développer une dyskinésie tardive augmente de cinq pour cent. Les effets de la dyskinésie tardive ne sont pas toujours réversibles.

Bien que les antipsychotiques plus récents semblent comporter moins de risques de provoquer ce grave effet secondaire, on a signalé des cas où certains de ces médicaments ont aggravé le trouble obsessionnel-compulsif. La rispéridone (Risperidol), nouvel antipsychotique mis à l'essai chez des personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif, a une action bienfaisante limitée.

RÉGULATEURS DE L'HUMEUR

LITHIUM

Le lithium est prescrit couramment pour le traitement du trouble bipolaire et parfois pour le traitement du trouble obsessionnel-compulsif. Bien qu'il puisse aider dans une large mesure à soulager les symptômes de la dépression souvent associée au trouble obsessionnel-compulsif, il semble très mal réussir à calmer les obsessions et les compulsions.

L-TRYPTOPHANE

Le L-tryptophane est un amino-acide naturel présent dans certains aliments. Le corps humain en a besoin pour produire de la sérotonine.

Compte tenu des résultats cliniques selon lesquels les concentrations de sérotonine auraient une incidence sur le trouble obsessionnel-compulsif, certains pensent que les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif peuvent être soulagés si l'on donne au corps humain ce dont il a besoin pour produire cette substance. Chez les personnes qui ont essayé le L-tryptophane conjointement avec un IRS, les bienfaits, dans les rares cas où il y en a eu, ont été très limités.

Bien qu'il soit tout à fait sans danger, le L-tryptophane peut favoriser le sommeil ; il est donc préférable de le prendre le soir.

PHYTOTHÉRAPIE (TRAITEMENT PAR LES PLANTES)

Certaines herbes peuvent favoriser la réduction des symptômes du trouble obsessionnel-compulsif, mais leur efficacité n'a pas encore été éprouvée. Les personnes qui souhaitent essayer d'autres formes de traitement devraient consulter un médecin bien renseigné, pour les raisons suivantes :

- Comme les médicaments, la phytothérapie peut avoir des effets secondaires indésirables et interagir avec des médicaments sur ordonnance ou en vente libre ou avec d'autres plantes médicinales.
- En Amérique du Nord, l'industrie phytothérapeutique n'étant pas réglementée, la qualité et l'efficacité des produits à base d'herbes médicinales ne sont pas toujours égales.

Les deux types de traitements aux herbes médicinales susceptibles d'aider les personnes touchées par un trouble obsessionnel-compulsif sont les traitements qui ont un effet sédatif et ceux qui n'en ont pas.

PHYTOTHÉRAPIE À EFFET SÉDATIF

On croit que les effets sédatifs de certaines herbes médicinales atténuent les symptômes de l'anxiété. Ces plantes comprennent notamment la camomille allemande, le houblon, le kava, la mélisse-citronnelle, la fleur de passiflore, la véronique en écusson, la valériane et le gota cola. On sait que les composés de ces remèdes traditionnels agissent sur les systèmes du cerveau un peu de la même façon que les médicaments de la catégorie des benzodiazépines.

Des recherches effectuées sur des animaux ont démontré les effets sédatifs de ces herbes mais, jusqu'à présent, aucune étude de ce genre n'a été faite sur des humains.

Bien que ces plantes semblent sans danger, elles doivent être utilisées avec prudence, car elles pourraient augmenter les effets sédatifs d'autres médicaments et ceux de l'alcool.

PHYTOTHÉRAPIE SANS EFFET SÉDATIF

D'autres herbes, comme l'herbe de Saint-Jean (millepertuis), le *Ginkgo biloba* et l'huile de primevère, ont également été suggérées pour le traitement du trouble obsessionnel-compulsif et les troubles anxieux qui s'y rattachent. On connaît moins bien l'action de ces plantes sur l'anxiété que celle de la phytothérapie à effet sédatif.

On croit que l'herbe de Saint-Jean fonctionne un peu comme les antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase. Des recherches récentes sur ce traitement aux herbes médicinales ont montré que l'herbe de Saint-Jean était plus efficace qu'un placebo dans le traitement de la dépression légère ou modérée, mais la confirmation de ces résultats exigerait des recherches plus poussées. L'efficacité de l'herbe de Saint-Jean dans le traitement de l'anxiété et en comparaison des ISRS n'a jamais été étudiée.

L'herbe médicinale *Ginkgo biloba* et l'huile de primevère ont également été recommandées pour le traitement de l'anxiété. Comme pour l'herbe de Saint-Jean, cependant, il existe peu de preuves de l'efficacité de ces remèdes.

5 RÉTABLISSEMENT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE

LE PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT

Bien que la thérapie cognitivo-comportementale et les médicaments aident généralement à atténuer les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif, ces thérapies ne permettent pas de résoudre entièrement toutes les difficultés que comporte la vie avec cette maladie. Se rétablir d'un trouble obsessionnel-compulsif est un processus qui se fait graduellement, comme l'apparition de la maladie, et il exige des efforts continus.

Le trouble obsessionnel-compulsif touche chaque aspect de la vie de ceux qui en souffrent. Il peut perturber la capacité de fonctionner au travail, dans certaines situations sociales et en famille. Une fois les symptômes allégés, lorsque vous serez près à reprendre une vie normale, vous aurez peut-être de la difficulté à composer avec les problèmes pratiques et affectifs qui auront pu surgir après une longue maladie.

Une période de maladie prolongée peut diminuer la confiance en soi d'une personne qui se sent vulnérable dans des situations qui lui étaient familières et dans lesquelles elle se serait sentie à l'aise auparavant. Le trouble obsessionnel-compulsif peut pousser une personne à devenir très dépendante de son entourage. Les gens sont souvent étonnés de constater qu'ils redoutent autant la perspective de redevenir indépendants et de reprendre leurs responsabilités. Il est important de reconnaître que ces réactions sont un stade normal du rétablissement après un trouble obsessionnel-compulsif.

Le rétablissement est un processus et non pas un événement passif. D'abord, il faut reprendre tout doucement vos activités familières et avoir de modestes attentes. Petit à petit, prenez des responsabilités et une certaine assurance. Lorsque vous reprendrez des activités telles que les rencontres sociales, les études ou le travail, vous éprouverez probablement un sentiment d'anxiété. Vous devez savoir vous pardonner vos erreurs.

RETOUR AU TRAVAIL

Le soutien d'un thérapeute peut aider au moment du retour au travail ou aux études et au moment de renouer les relations avec votre famille et vos amis. Par exemple, vous éprouverez sans doute une certaine angoisse à l'idée de reprendre le travail. Voici certaines questions liées au travail que posent souvent les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif :

- Comment expliquer mon absence à mes collègues ?
- Est-ce normal de manquer d'assurance et de confiance en soi ?
- Comment puis-je comprendre et gérer ces sentiments et ces problèmes sans éprouver le besoin de m'engager dans des comportements compulsifs ?

Vous avez peut-être d'autres questions au sujet de la reprise de vos activités professionnelles. Lorsque vous aurez fait part de vos inquiétudes à votre thérapeute, essayez ensemble de trouver une stratégie qui facilitera votre retour au travail. Il serait préférable que votre thérapeute connaisse bien le trouble obsessionnel-compulsif. De nombreux professionnels de la santé mentale ne connaissent pas le trouble obsessionnel-compulsif aussi bien que les autres troubles mentaux. S'il n'y a pas dans votre ville de thérapeute possédant ces connaissances, vous pourriez trouver le soutien nécessaire auprès d'un thérapeute disposé à se renseigner sur ce trouble.

Il vous est vivement recommandé d'assumer progressivement vos responsabilités. Reprenez vos activités professionnelles à temps partiel seulement ou avec une charge de travail moins lourde. Votre fournisseur de soins recommandera peut-être des arrangements particuliers qui pourraient vous être utiles en cette période de transition. Les arrangements habituels comprennent des pauses plus fréquentes, du temps pour vos rendez-vous chez le médecin et la réorganisation des tâches non essentielles.

Il peut être utile de renseigner votre employeur et vos collègues sur certains signes typiques du trouble obsessionnel-compulsif, mais certaines personnes préfèrent ne pas discuter de leur maladie avec leur employeur. Si vous ne parlez pas de votre état, vous ne pourrez pas demander d'arrangements spéciaux, mais cela ne veut pas dire pour autant que votre retour au travail sera un échec. En pareil cas, il peut être particulièrement important d'avoir d'autres personnes, en dehors de votre milieu de travail, avec qui discuter de vos problèmes et de vos préoccupations.

PRÉVENTION EFFICACE DE LA RECHUTE

Le trouble obsessionnel-compulsif, comme le diabète, est une affection chronique. Bien que les symptômes puissent être atténués et maîtrisés à l'aide de médicaments et de traitements, vous devez prendre des précautions pour prévenir leur réapparition.

Il est important de savoir comment vous vous sentez. L'anxiété, le stress, la fatigue et le sentiment de perte de maîtrise de soi peuvent déclencher une rechute. Pour certaines personnes, des situations ou des conditions particulières peuvent provoquer l'apparition de symptômes. Dans de nombreux cas, l'interruption trop précoce ou trop soudaine d'un traitement médicamenteux peut favoriser une rechute.

Lorsque les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif se sont atténués, diverses stratégies peuvent aider à maintenir les résultats obtenus grâce aux progrès que vous avez faits.

1. Renseignez-vous sur le trouble obsessionnel-compulsif.

Lisez tout ce que vous pouvez sur le trouble obsessionnel-compulsif et son traitement. Consultez la liste des lectures et des sites Internet recommandés à la fin de ce livre. Si vous ne comprenez pas tout, demandez l'aide des professionnels de la santé mentale qui vous soignent.

2. Résistez aux besoins compulsifs ; apprenez des façons saines de tolérer le stress et vos craintes et mettez-les en pratique.

Lorsque les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif se seront en partie dissipés, il vous faudra un engagement et de la détermination pour ne pas régresser. Les stratégies malsaines utilisées pour tolérer le stress et les craintes doivent être remplacées par des stratégies saines. Résistez au besoin de céder à vos compulsions. Appliquez les techniques apprises en thérapie, continuez à vous efforcer d'éliminer les modèles obsessifs de pensée et les comportements compulsifs. Ne vous contentez pas d'une amélioration partielle des symptômes, vous risqueriez de rechuter.

3. Si des médicaments vous ont été prescrits, continuez à les prendre jusqu'à ce que votre médecin vous donne d'autres directives.

Souvent lorsqu'ils commencent à se sentir mieux, les patients cessent de prendre leurs médicaments. Vous êtes plus susceptible de rechuter si vous arrêtez de prendre vos médicaments trop tôt. Les médecins recommandent généralement de prendre les médicaments pendant six à douze mois. Dans certains cas, les antidépresseurs peuvent être recommandés pendant plusieurs années. Si vous éprouvez des effets secondaires, vous serez peut-être tenté d'arrêter vos médicaments. Au lieu de prendre des décisions non éclairées, essayez avec votre médecin de dresser un plan de traitement qui vous convienne.

4. Demandez à des membres de votre famille et à des amis de vous aider à guérir.

Si vous choisissez de vivre dans l'isolement et le secret, vous créez un terrain propice aux

symptômes du trouble obsessionnel-compulsif. Lorsque la famille et les amis sont au courant de votre lutte et y participent, ils peuvent vous aider de plusieurs façons. Ils peuvent, par exemple, vous aider à maîtriser vos besoins compulsifs, vous aider à vous protéger contre la réapparition des symptômes et vous donner le soutien et l'encouragement nécessaires.

Vous seul choisissez à qui parler de votre maladie. Cependant, pour contrecarrer une éventuelle rechute, il importe d'avoir au moins une personne sur laquelle vous pouvez compter et à qui vous pouvez vous confier. En plus de la famille, des amis et du soutien professionnel, beaucoup de personnes aux prises avec un trouble obsessionnel-compulsif trouvent que les groupes d'entraide et de soutien constituent un maillon précieux de leur réseau. (Consultez la liste des associations dans la section « Ressources » [page 46] pour savoir s'il y a un groupe de soutien pour personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif dans votre collectivité.)

5. Adoptez un mode de vie sain fondé sur une bonne nutrition, l'exercice et de bonnes habitudes de sommeil.

Vos habitudes alimentaires, le sommeil et l'exercice ont une incidence sur votre état général et votre tolérance au stress. Bien « nourrir » votre corps, vos émotions et votre esprit vous aide à vous sentir calme mais alerte et à affronter les problèmes au fur et à mesure qu'ils surviennent. Le yoga, les thérapies par le mouvement et la méditation réduisent l'anxiété. Ils peuvent également augmenter l'énergie et la concentration et procurer un sentiment de bien-être.

6. Essayez d'équilibrer votre vie en réservant suffisamment de temps pour le travail, la famille, les amis et les loisirs.

Au début, il peut sembler facile de se dérober au trouble obsessionnel-compulsif en se concentrant exclusivement sur une chose, comme le travail ou un passe-temps. Mais un jour ou l'autre, cette tactique ne marchera peut-être plus et vous devrez développer d'autres aspects de votre vie. Il est important de rester en contact avec toutes les facettes de votre vie, comme les études, le travail ou les activités bénévoles, la famille, les amis et vos loisirs favoris. En vous remettant de votre maladie, le fait de consacrer de l'énergie à plusieurs domaines vous aidera à mieux équilibrer votre vie et à en tirer une plus grande satisfaction ; il vous sera ainsi plus facile d'éviter les rechutes.

7. Demandez une post-cure.

Le fait de poursuivre le traitement, même après l'atténuation des symptômes, peut aider à

maintenir les résultats obtenus et à prévenir une rechute. Selon vos besoins, vous pourriez également bénéficier d'une thérapie individuelle, de groupe ou familiale ou de l'aide d'un groupe de soutien.

8. Planifiez votre temps et votre avenir.

La lutte contre un trouble obsessionnel-compulsif peut vous prendre du temps et vous empêcher de penser à votre avenir. Lorsque vos symptômes se seront estompés, vous ne saurez peut-être que faire du temps que vous aurez soudain à votre disposition. Les possibilités vous sembleront peut-être infinies et même impressionnantes.

Pour ne pas laisser un trouble obsessionnel-compulsif envahir complètement votre vie, vous devez participer à des activités qui vous intéressent et qui vous aideront à ne pas faire de pas en arrière. Certaines personnes peuvent réussir à reprendre là où elles s'étaient égarées et à retourner au travail, aux études ou à d'autres intérêts qu'elles avaient laissés de côté en raison de leur maladie. Pour d'autres, le choix sera peut-être plus difficile. Dans certains cas, il suffira peut-être de demander les services d'un ergothérapeute ou d'un conseiller en orientation professionnelle pour mieux cerner les possibilités et faire des choix qui feront anticiper l'avenir sous un angle positif.

9. Ayez un plan en cas de rechute.

Si vous continuez à mettre en pratique les techniques apprises en thérapie et à suivre les conseils reçus, le trouble obsessionnel-compulsif n'exercera probablement plus jamais d'influence sur vos pensées et vos actes. Cependant, avec le trouble obsessionnel-compulsif, le risque de rechute est toujours là. Si vous avez l'impression que le trouble obsessionnel-compulsif recommence à contrôler votre vie, agissez. Ayez un plan d'intervention précoce. Consultez votre médecin ou votre thérapeute. Le fait d'adapter votre dose de médicaments à vos besoins ou de revoir certaines stratégies comportementales apprises en thérapie peut prévenir une rechute totale.

RELATION AVEC LE CONJOINT

Le trouble obsessionnel-compulsif peut se répercuter sur votre relation avec votre conjoint. Au stade de la maladie où les symptômes sont de modérés à graves, il peut être difficile d'offrir à votre conjoint le soutien et l'intimité souhaités. À la longue, la distance et même l'hostilité peuvent s'installer dans la relation. Il faut du temps et des efforts pour re-

construire ce qu'on a peut-être perdu aux pires moments de la maladie et pendant le traitement de la personne touchée.

La thérapie de couple offerte par un thérapeute conjugal connaissant les troubles obsessionnels-compulsifs peut être très utile. L'intervention d'un thérapeute disposé à se renseigner sur le trouble obsessionnel-compulsif peut être tout aussi efficace. Vous aurez peut-être besoin de quelqu'un qui vous aidera à parler des difficultés de la relation de manière constructive plutôt qu'agressive. Un bon thérapeute peut ouvrir la communication et aider les couples à redécouvrir ce qui les avait réunis au départ. Le trouble obsessionnel-compulsif est une maladie que la personne touchée devra gérer toute sa vie. Il a des conséquences sur les activités et les objectifs des gens. Les couples devront peut-être faire leur deuil de la relation qu'ils avaient imaginée et envisager sous un nouvel angle la voie qu'ils suivront ensemble.

RELATION AVEC LES ENFANTS

Dans le pire des cas, le trouble obsessionnel-compulsif peut vraiment perturber vos relations personnelles. Il peut même altérer votre capacité d'assumer votre rôle de père ou de mère. Vous éprouverez peut-être beaucoup de difficulté à vous acquitter de vos tâches courantes, comme changer les couches, préparer les repas ou passer du temps avec vos enfants. Vous risquez de vous dissocier du réseau social de vos enfants et d'avoir besoin de renouer avec le personnel de l'école et les voisins ou de reprendre les activités parascolaires. Si vous parlez aux gens, que leur dites-vous ? Il est parfois difficile de se réadapter au rôle de père ou de mère lorsqu'on se rétablit d'une maladie. La consultation d'un thérapeute peut vous aider à gérer votre anxiété, si vous en éprouvez.

Le trouble obsessionnel-compulsif de Marie est devenu le malaise central de la vie familiale. Marie redoute la contamination ; cette crainte l'a amenée à laver et relaver sans cesse les vêtements des membres de sa famille, de peur qu'ils tombent malades par sa faute. Lorsque les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif de Marie se sont aggravés, elle avait si peur de causer du mal aux membres de sa famille en touchant leurs vêtements qu'elle ne pouvait plus faire la lessive elle-même. Son mari a pris cette corvée en main, l'exécutant sous l'étroite surveillance de Marie. Parfois, un membre de la famille se mettait en colère et confrontait Marie sur ce qu'elle avait convenu d'appeler des craintes irrationnelles, mais elle était incapable de changer. Au stade le plus avancé de sa maladie, Marie avait l'impression qu'aucun vêtement des membres de sa famille n'était suffisamment propre pour être porté sans danger et elle ne laissait donc personne quitter la maison.

QUE SE PASSE-T-IL LORSQU'UN ÊTRE CHER A UN TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ?

Lorsqu'un membre de la famille est malade – qu'il soit diabétique ou atteint d'un trouble obsessionnel-compulsif – tous les autres s'en ressentent. Toute maladie mentale est source de nouvelles tensions. Redoutant les préjugés, les familles peuvent s'isoler dans leur lutte pour comprendre le diagnostic et les traitements.

Les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif prennent parfois longtemps avant d'être diagnostiqués. Une multitude de tendances et de comportements propres au trouble obsessionnel-compulsif sont courants au sein de la population, tout en demeurant toutefois dans les limites normales. Si un homme se plaint que sa femme nettoie trop ou que son fils accumule les journaux, les gens risquent de ne pas le prendre au sérieux. Il pourrait très bien recevoir une réponse du genre « J'aimerais bien que ma femme nettoie la maison plus souvent » ou « Pourquoi te plaindre que ton fils garde les journaux ? Qu'est-ce que ça peut bien te faire ? » Sans être traités, les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif empêchent de mener une vie familiale normale, souvent dans une mesure

importante. Il n'est pas rare qu'une famille souffre pendant des années avant que ces symptômes ne soient enfin diagnostiqués.

Même une fois le bon diagnostic posé, il peut être difficile de trouver un traitement efficace. Les professionnels expérimentés dans le traitement de ce trouble sont peut-être peu nombreux dans la collectivité et il n'y a peut-être aucun groupe en mesure d'offrir le soutien nécessaire. Même lorsqu'elles trouvent le traitement qui leur convient, les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif sont parfois réticentes à se faire soigner. De plus, il peut leur arriver de rejeter les tentatives que fait leur famille pour gérer la maladie d'une manière concertée.

Il est naturel que les familles éprouvent du ressentiment ou une déception lorsque le trouble obsessionnel-compulsif entrave le cours normal de la vie familiale. Reconnaître la maladie peut être le premier pas à faire pour mettre fin à votre sentiment d'isolement et vous donner l'énergie nécessaire pour vous occuper de votre parent malade et de vous-même.

RÉPERCUSSIONS DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF SUR LA FAMILLE

Les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif essaient souvent de faire participer des membres de la famille à leurs rituels compulsifs. Pour préserver l'harmonie, les membres de la famille peuvent entrer dans leur jeu ou contribuer à des comportements tels que l'accumulation, les vérifications et le nettoyage. Lorsqu'une famille aide un parent de cette façon, elle « entretient » le trouble obsessionnel-compulsif. Par exemple, une épouse pourrait acheter plus de détergent pour que son mari lave et relave les vêtements. Dans d'autres cas, les membres de la famille pourraient accepter de ne pas se débarrasser des piles de journaux qui remplissent le salon.

L'entretien de la maladie commence souvent par de petits compromis. Une fois le processus enclenché, il devient difficile de l'arrêter. Dans une famille, par exemple, si, pour la mère qui redoute la contamination, les courses constituent un vrai supplice, son fils pourrait décider d'aller au supermarché à sa place. Au début, il le ferait à l'occasion pour lui rendre service mais, si les symptômes de sa mère s'aggravaient, cette responsabilité pourrait devenir pour lui une corvée régulière et il finirait par faire toutes les courses. Sa mère resterait à la maison, n'en sortirait jamais et s'isolait complètement.

Les familles réagissent également au trouble obsessionnel-compulsif en refusant de croire à la réalité ou en la niant. Elles comprennent parfois difficilement pourquoi la personne touchée par un trouble obsessionnel-compulsif ne peut pas se résoudre à abandonner le rituel qui, de toute évidence, rend tout le monde malheureux. Un membre de la famille dira parfois « J'ai réussi à arrêter de fumer. Pourquoi ne peux-tu pas arrêter de faire toutes ces vérifications ? ».

Les familles qui subissent les comportements associés au trouble obsessionnel-compulsif éprouvent souvent des émotions complexes et pénibles. À mesure que les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif s'aggravent, les émotions que vivent les membres de la famille s'aggravent également. Ces émotions mettent les relations à rude épreuve et se répercutent sur tous les aspects de la vie familiale. Si cette tension escalade, elle peut faire autant de mal que le trouble lui-même.

QUAND UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE FAIT L'OBJET D'UN DIAGNOSTIC DE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

Lorsqu'un trouble obsessionnel-compulsif est diagnostiqué chez un membre de votre famille, il se peut que vous ressentiez plusieurs choses. D'un côté, un diagnostic procure le soulagement qui accompagne la découverte du problème. D'un autre côté, vous serez peut-être attristé d'apprendre qu'une maladie mentale est la source des inquiétudes et du comportement de votre proche. Vous craignez peut-être les répercussions que la maladie aura sur l'avenir de votre parent et sur le vôtre. Si vous êtes le père ou la mère d'un enfant ou d'un jeune adulte chez lequel un trouble obsessionnel-compulsif a été diagnostiqué, vous vous sentez peut-être coupable et responsable. Vous craignez peut-être d'avoir joué un rôle dans cet état de choses, même si des professionnels vous affirment le contraire. Il n'est pas surprenant que vous soyez furieux à l'idée qu'un trouble obsessionnel-compulsif soit venu perturber votre vie familiale.

Il est normal d'éprouver ces émotions variées et conflictuelles. Si vous comprenez cela et que vous apprenez à accepter et à gérer vos sentiments, vous aurez moins de stress et serez mieux en mesure de vous occuper correctement de la personne atteinte d'un trouble obsessionnel-compulsif.

Voici quelques conseils qui peuvent vous aider à supporter les émotions difficiles qui surgissent souvent lorsqu'un membre de votre famille est atteint d'un trouble obsessionnel-compulsif. Vous pouvez suivre ces conseils pour aider votre proche à se rétablir.

COMMENT AGIR AVEC LE MEMBRE DE LA FAMILLE ATTEINT D'UN TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

1. Renseignez-vous autant que possible sur le trouble obsessionnel-compulsif et son traitement. Le fait d'être renseigné vous aidera à comprendre la maladie et aidera votre proche à faire les changements qui s'imposent. Consultez la liste des lectures et des sites Internet recommandés à partir de la page 45.

2. Considérez les comportements obsessionnels-compulsifs de votre parent comme des symptômes, et non comme des problèmes de personnalité. Ne perdez pas de vue que votre proche est aux prises avec un trouble mais qu'il est en bonne santé et qu'il a bien d'autres capacités. Concentrez-vous sur la personne dans son ensemble.

3. Ne laissez pas le trouble obsessionnel-compulsif envahir votre vie familiale. Dans la mesure du possible, gardez le stress à un faible niveau et menez une vie familiale normale.

4. Ne participez pas aux rituels de votre proche. Si vous avez contribué à ses rituels par le passé, il vous faudra peut-être du temps et de la pratique pour changer cette habitude. Pour que les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif puissent progresser, leur famille et leurs amis doivent résister à l'envie d'encourager leurs comportements ritualisés. En soutenant les rituels, notamment ceux qui concernent le besoin d'être rassuré, vous entravez les progrès.

5. Communiquez d'une manière positive, directe et claire. Précisez vos attentes au lieu de critiquer les comportements passés de votre parent. Le fait d'éviter la critique personnelle peut aider votre parent à se sentir mieux accepté en cette période de changements difficiles.

6. Gardez votre calme. En évitant de vous énerver, vous contribuez à créer une bonne ambiance.

7. *N'oubliez pas que le rétablissement est un projet de longue haleine.* Les progrès sont lents et il y aura peut-être des jours sans progrès. Applaudissez quand tout va bien ; encouragez quand tout va moins bien. Votre appui sera utile à votre proche.

8. *Mettez un brin d'humour dans les soins que vous prodiguez.* Vous n'êtes pas obligé d'être toujours sérieux. Les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif savent que leurs craintes sont absurdes. Elles voient souvent le côté comique de leurs symptômes, tant que l'humour n'est pas irrespectueux. Les membres des familles concernées disent que souvent l'humour peut aider leur parent à chasser ses symptômes.

9. *Sachez reconnaître les signes avant-coureurs du trouble obsessionnel-compulsif de votre parent.* Voici ce qu'ont noté certaines familles concernées :

- répétition des tâches ;
- difficulté à achever une tâche ;
- habitude d'arriver en retard à cause de vérifications répétées ;
- sentiment démesuré de responsabilité pour le mal qui peut être fait aux autres ;
- recherche constante de l'assurance des autres ;
- accumulation ;
- lavage excessif ;
- évitement du contact avec les gens ;
- évitement de certains endroits ou d'activités particulières ;
- irritabilité devant la perturbation des rituels.

10. *Appuyez la pharmacothérapie et le plan de soins de votre parent.*

11. *N'oubliez pas que vous êtes humain.* Bien que vous fassiez de votre mieux pour soutenir votre parent, il vous arrivera de participer à un rituel ou de donner l'assurance recherchée. De la même façon que vous essayez de ne pas juger votre parent, essayez de ne pas porter de jugement sur vous-même lorsque vous retombez dans de vieilles habitudes. Recommencez. Personne n'est parfait.

12. *Occupez-vous de vous :*

- Maintenez votre propre réseau d'entraide.
- Évitez de vous isoler.
- Sachez reconnaître les situations les plus stressantes qu'entraîne le trouble obsessionnel-compulsif dans votre famille.

- Développez des intérêts en dehors de la famille.
- Créez-vous un milieu peu propice au stress.
- Réservez-vous chaque jour un peu de temps, juste pour vous.

La famille de Marie s'est sentie soulagée lorsqu'un trouble obsessionnel-compulsif a finalement été diagnostiqué chez elle. Marie, elle, a été soulagée de découvrir qu'il existait des traitements. À priori, elle doutait que les traitements offerts puissent l'aider vraiment, mais elle voulait à tout prix mener une vie plus satisfaisante et savait que ses problèmes rendaient la vie difficile à toute sa famille. Elle s'est donc engagée résolument à suivre la thérapie qui lui avait été recommandée.

Les membres de la famille de Marie savaient qu'ils auraient aussi besoin d'aide. Ils voulaient pouvoir offrir à Marie le soutien nécessaire. Ils se sont joints à des groupes de soutien, ils ont lu des livres sur le trouble obsessionnel-compulsif et ont suivi les recommandations. Pour la première fois, ils arrivaient à discuter ouvertement et à reconnaître que le trouble obsessionnel-compulsif de Marie les touchait tous. Avec le soutien de sa famille, Marie a pu continuer le traitement qu'elle s'était engagée à suivre. Chacun en a bénéficié, car la vie familiale a commencé à s'améliorer.

LE CONJOINT ET LA FAMILLE DOIVENT SE SOIGNER

Avec tout le souci qu'ils se font pour la personne malade et les soins qu'ils lui prodiguent, il arrive parfois que les membres de la famille ne prennent pas soin d'eux-mêmes comme ils devraient le faire. Ils abandonnent parfois leurs propres activités et s'isolent de leurs amis et de leurs collègues. Cet état de choses peut persister pendant un certain temps avant qu'ils ne se rendent compte qu'ils sont à bout de forces sur le plan physique et affectif. Le stress ainsi causé peut entraîner des problèmes d'insomnie, l'épuisement et une irritabilité chronique.

Vous devez reconnaître ces signes de stress et prendre soin de votre santé physique et mentale. Il est essentiel de reconnaître vos limites et de vous réserver du temps. Il faut avoir le soutien d'amis fiables et celui des membres de la famille. Certaines personnes ont de la difficulté à comprendre les maladies mentales. Ainsi, il serait peut-être préférable de ne vous confier qu'aux personnes qui sont en mesure de vous aider.

Il convient parfois d'obtenir un soutien professionnel. Joignez-vous à un organisme d'entraide ou participez à un programme de soutien pour la famille de personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif. Renseignez-vous auprès d'une organisation communautaire de santé mentale ou auprès d'une clinique ou d'un hôpital local.

Gardez des activités que vous exercerez en dehors de la famille, sans la personne malade. Reconnaissez et acceptez le fait que la situation vous inspire des sentiments négatifs. Ces sentiments sont normaux et ne devraient pas provoquer de sentiment de culpabilité.

COMMENT EXPLIQUER LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF AUX ENFANTS

Il est parfois délicat et difficile d'expliquer le trouble obsessionnel-compulsif aux enfants. Ne sachant pas comment s'y prendre ou pensant que les enfants ne pourraient pas comprendre, les parents choisissent parfois de ne rien dire. Ils essaient de protéger les enfants contre le trouble obsessionnel-compulsif et poursuivent leurs activités familiales comme si de rien n'était.

À la longue, il devient difficile de maintenir cette stratégie car les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif transparaissent dans le comportement. Les enfants sont des êtres très sensibles et intuitifs. Lorsqu'un changement chez un membre de leur famille survient ou qu'une tension se développe, ils le remarquent. Si l'atmosphère familiale n'est pas propice aux confidences à ce sujet, les enfants tirent leurs propres conclusions, souvent fausses.

Les enfants en bas âge ont souvent l'impression d'être le centre du monde. C'est particulièrement le cas des enfants âgés de trois à sept ans. S'il se produit un événement qui bouleverse des membres de leur famille, ils peuvent penser en être la cause. Par exemple, si quelqu'un craint la contamination et se fâche lorsqu'un enfant touche un objet « contaminé », l'enfant peut supposer qu'il a causé le comportement excessif de la personne malade.

Pour expliquer les maladies mentales et le trouble obsessionnel-compulsif aux enfants, il est important de ne leur donner que les renseignements qu'ils sont susceptibles de comprendre compte tenu de leur âge. Les tout-petits et les enfants d'âge préscolaire comprennent les phrases simples et courtes. Il faut leur donner des renseignements concrets contenant peu d'information technique. Par exemple : « Quand papa est malade, parfois il se fâche. » « Quand maman est malade, elle lui suffit de toucher l'évier pour se fâcher. »

Les enfants en âge de fréquenter l'école élémentaire peuvent assimiler plus d'information. Ils arrivent à comprendre que le trouble obsessionnel-compulsif est une maladie mais ils peuvent être dépassés par les détails concernant les thérapies et les médicaments. Le trouble obsessionnel-compulsif pourrait être expliqué aux enfants de ce groupe d'âge de la façon suivante : « Le trouble obsessionnel-compulsif est une maladie qui fait que les gens ont peur d'attraper des microbes et de tomber malades ; ils s'inquiètent à tel point qu'ils font et refont sans arrêt les mêmes choses. »

Les adolescents peuvent généralement assimiler beaucoup plus d'information. Ils ont souvent besoin de parler de ce qu'ils voient et ressentent. Il leur arrive de se poser des questions sur le caractère héréditaire de cette maladie ou de s'inquiéter des préjugés que suscitent les maladies mentales. En les renseignant, vous favorisez le dialogue.

Voici trois points principaux à considérer en s'adressant aux enfants :

1. Dites aux enfants que l'être cher agit ainsi parce qu'il est malade. Il est important de dire aux enfants que ce membre de la famille a une maladie qu'on appelle trouble obsessionnel-compulsif. Il faut insister sur le fait que le trouble obsessionnel-compulsif est une maladie. Voici comment vous pourriez l'expliquer : « Le trouble obsessionnel-compulsif est comme la varicelle ou un rhume, mais au lieu d'avoir des boutons ou le nez qui coule, la personne malade se fait beaucoup de souci, parfois sans raison. Elle se met à tout vérifier sans arrêt, elle évite les choses qui la dérangent ou elle commence à accumuler des objets. Parfois, la personne malade veut que les membres de sa famille fassent comme elle. Il faut longtemps pour guérir un trouble obsessionnel-compulsif. Les personnes qui ont cette maladie ont besoin de l'aide du docteur ou d'une autre personne qui pourra les soigner. »

2. Dites à l'enfant que ce n'est pas de sa faute si la personne est malade. Les enfants ont besoin de savoir que, si l'être cher est malade, ce n'est pas à cause de quelque chose qu'ils ont fait ou qu'ils n'ont pas fait. Les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif peuvent être déprimées à force de lutter contre leurs symptômes. Il est important de répéter aux enfants que, si l'être cher éprouve de la tristesse, ils n'y sont pour rien.

3. Réconfortez l'enfant en lui disant que les adultes dans la famille et d'autres personnes, comme des médecins, tentent d'aider la personne malade. En effet, c'est aux adultes de venir en aide à une personne ayant un trouble obsessionnel-compulsif. Les enfants ne devraient pas s'inquiéter de cet aspect. Ils doivent pouvoir compter sur leur père ou leur

mère qui est en bonne santé, et également sur d'autres adultes de confiance pour les prémunir contre les effets qu'ils peuvent subir à force de vivre avec une personne ayant un trouble obsessionnel-compulsif. Les enfants devraient parler de leurs expériences et de leurs sentiments avec quelqu'un qui sait à quel point la lutte contre les symptômes est difficile pour la personne malade, qu'il s'agisse de leur mère, de leur père ou d'un autre membre de leur famille. Beaucoup d'enfants sont effrayés par les changements qu'ils constatent chez l'être cher. Ils aimeraient pouvoir passer du temps avec lui comme avant. Il est bon que les enfants aient des activités à l'extérieur de la maison parce qu'elles leur permettent d'établir des rapports sains avec d'autres personnes. Lorsque le père ou la mère se rétablit, le fait de reprendre progressivement les activités familiales peut l'aider à renouer avec ses enfants.

Peu importe qui est malade, le père et la mère devraient tous deux discuter avec l'enfant de la façon de présenter la maladie aux personnes qui ne font pas partie de la famille. Le soutien des amis est important pour tout le monde, mais le trouble obsessionnel-compulsif n'est pas toujours facile à décrire et certaines familles redoutent les préjugés qui entourent la maladie mentale. Le degré de franchise avec lequel vous et vos enfants êtes prêts à aborder le sujet demeure un choix très personnel.

Enfin, certains parents ayant un trouble obsessionnel-compulsif constatent qu'ils sont moins patients et plus irritables. Pour eux, le chahut, le bruit et le désordre des jeux des enfants peuvent être très difficiles à tolérer. Une vie structurée permet au père ou à la mère malade d'avoir des moments de tranquillité et de repos, à l'écart des sources possibles de stress et de conflit. Il vous faudra peut-être prévoir des moments où les enfants jouent dehors, pour permettre au père ou à la mère qui n'est pas bien de se reposer une partie de la journée dans un endroit calme de la maison.

Une fois rétabli, le père ou la mère qui était malade peut expliquer son comportement aux enfants. Il lui faudra peut-être prévoir des activités spéciales avec eux. Il devra peut-être renouer avec ses enfants et leur assurer que désormais il sera davantage à leur disposition. Dans certains cas, il est bon de consulter un thérapeute pour préparer un plan.

RESSOURCES

LIVRES

Baer, L. *Getting Control*, New York, Plume, 2000.

Beyette, B., et J.M. Schwartz. *Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior*, New York, HarperCollins, 1997.

Ciarrocchi, J.W. *The Doubting Disease: Help for Scrupulosity and Religious Compulsions*, New York, Integration Books, 1995.

de Silva, P., et S. Rachman. *Obsessive Compulsive Disorders*, 2^e édition, Oxford, Oxford University Press, 1998.

Foa, E.B., et R. Wilson. *Stop Obsessing!* New York, Bantam, 1991.

Greist, J. *Obsessive Compulsive Disorder: A Guide*, Madison, Wisconsin, Madison Institute of Medicine, 2000.

Neziroglu, F., et J.A. Yaryura-Tobias. *Over and Over Again*, San Francisco, Californie, Jossey-Bass, 1997.

Steketee, G., et K. White. *When Once Is Not Enough*, Oakland, Californie, New Harbinger Publications, 1990.

ASSOCIATIONS

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

Obsessive-Compulsive Anonymous

P.O. Box 215, New Hyde Park, NY 11040

Tél. : (516) 739-0662

Site Web : hometown.aol.com/west24th/index.html

- programme d'autothérapie en 12 étapes pour le rétablissement
- information sur les rencontres aux États-Unis et au Canada
- aide aux personnes désireuses d'organiser une rencontre

Obsessive-Compulsive Foundation, Inc.

337 Notch Hill Road, North Branford, CT 06471

Tél. : (203) 315-2190 • Téléc. : (203) 315-2196

Courriel : info@ocfoundation.org

Site Web : www.ocfoundation.org

- bulletin
- renseignements sur les groupes d'entraide
- catalogue des publications

Obsessive-Compulsive Information Center

Madison Institute of Medicine

7617 Mineral Point Road, Suite 300, Madison, WI 53717

Tél. : (608) 827-2470 • Téléc. : (608) 827-2479

Site Web : www.miminc.org

- renseignements à l'intention du public et des professionnels

TROUBLES ANXIEUX

Anxiety Disorders Association of America

11900 Parklawn Drive, Suite 100, Rockville, MD 20852

Tél. : (301) 231-9350 • Téléc. : (301) 231-7392

Courriel : anxdis@aol.com

Site Web : www.adaa.org

- bulletin
- renseignements sur les groupes de soutien aux États-Unis
- noms de professionnels traitant les troubles anxieux aux États-Unis et ailleurs
- catalogue des publications

Anxiety Disorders Network

1848 Liverpool Road, Suite 199, Pickering (Ontario) L1V 6M3

Tél. : (905) 831-3877

- bulletin
- noms de professionnels traitant les troubles anxieux au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni

TROUBLES DU TYPE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

Fondation canadienne du syndrome de la Tourette

194, rue Jarvis, bureau 206, Toronto (Ontario) M5B 2B7

Tél. : 416 861-8398 ou 800 361-3120

Site Web : www.tourette.ca/

- renseignements sur les groupes de soutien et les professionnels traitant la maladie de Gilles de la Tourette
- bulletin
- renseignements, éducation, vidéothèque

Trichotillomania Learning Center

1215 Mission Street, Suite 2, Santa Cruz, CA 95060

Tél. : (831) 457-1004 • Téléc. : (831) 426-4383

Courriel : trichster@aol.com

Site Web : www.trich.org

- bulletin
- renseignements sur les groupes de soutien aux États-Unis
- noms de professionnels traitant la trichotillomanie aux États-Unis
- trousse d'information
- vidéo

AUTRES RESSOURCES INTERNET

Anxiety Disorders Association of America

www.adaa.org

Expert Consensus Treatment Guidelines for OCD

www.psychguides.com/

Guide to Diagnosis and Treatment of Tourette's Syndrome

www.mentalhealth.com/book/

Internet Mental Health: Obsessive-Compulsive Disorder

www.mentalhealth.com/dis/

Liste d'abonnés à l'information sur le trouble obsessionnel-compulsif

Listserv@vm.marist.edu

Inscrivez « subscribe OCD-L <votre nom ici> » dans le corps de votre message, par exemple, « subscribe OCD-L Jean Martin. »

National Anxiety Foundation

www.lexington-on-line.com/naf.html

Obsessive-Compulsive Disorder

www.kidsource.com/kidsource/content/obsess.html

Obsessive-Compulsive Disorder Central

www.geocities.com/HotSprings/5403/index.html

The Obsessive-Compulsive Disorder Resource Center

www.ocdresource.com

Groupe de discussion sur le trouble obsessionnel-compulsif

alt.support.ocd

Poèmes écrits par des personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif

Neuro-chief-e.mgh.harvard.edu/MIND/Poetry/OCDMenu.html

Groupe de discussion sur la maladie de Gilles de la Tourette

alt.support.tourette



Centre for Addiction and Mental Health
Centre de toxicomanie et de santé mentale

**UN CENTRE COLLABORATEUR
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ET DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

Pour obtenir des renseignements sur d'autres ressources du Centre de toxicomanie et de santé mentale ou pour passer une commande, veuillez vous adresser au :

Service du marketing et des ventes
Centre de toxicomanie et de santé mentale
33, rue Russell
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Canada
Tél. : 1 800 661-1111
ou 416 595-6059 à Toronto
Courriel : marketing@camh.net
Site Web : www.camh.net

Le TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

GUIDE D'INFORMATION

